



RADIOLOGIA GENERALE · ORTOPANTOMOGRARFIA  
 ECOGRAFIA · ECO COLOR DOPPLER -DENSITOMETRIA OSSEA  
 RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY  
 TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

ISTITUTO RADIOLOGICO  
 Dir. San.: Dr. G. B. Bellis

34133 TRIESTE – VIA CESARE BECCARIA 8 –TEL. 040361721  
 E-mail: [info@gortanradiologia.com](mailto:info@gortanradiologia.com) – Sito Web: [www.radiologiagortan.com](http://www.radiologiagortan.com)

**DELEGA PER IL RITIRO DI REFERTI PER PAZIENTE DI MINORE ETA’  
 AD OPERA DI UN SOGGETTO TERZO**

Io sottoscritto/a..... nato/a..... il .....  
 codice fiscale..... e residente in.....  
 via/piazza.....n.....  
 in qualità di  genitore  altro (specificare).....  
 del minore.....nato/a.....il .....  
 codice fiscale .....

come da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che si allega

**DELEGO**

Il sig./la sig.ra.....nato/a a ..... il.....  
 codice fiscale..... e residente in  
 .....via/piazza..... n.....

a ritirare i referti di titolarità mio/a figlio/a disponibili presso l’Istituto Radiologico Gortan srl.

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Si allegano:

- copia di un documento d’identità valido del delegante
- copia di un documento d’identità valido del delegato
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la rappresentanza genitoriale (v. retro)



RADIOLOGIA GENERALE · ORTOPANTOMOGRARFIA  
 ECOGRAFIA · ECO COLOR DOPPLER -DENSITOMETRIA OSSEA  
 RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY  
 TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

ISTITUTO RADIOLOGICO  
 Dir. San.: Dr. G. B. Bellis

34133 TRIESTE – VIA CESARE BECCARIA 8 –TEL. 040361721  
 E-mail: [info@gortanradiologia.com](mailto:info@gortanradiologia.com) – Sito Web: [www.radiologiagortan.com](http://www.radiologiagortan.com)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ PER IL RITIRO DI REFERTI NELL'INTERESSE DI UN PAZIENTE DI MINORE ETÀ**

Io sottoscritto/a..... nato/a..... il.....

codice fiscale..... e residente in

.....via/piazza.....n..... consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76, DPR 445/2000, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, e sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO**

- di essere  genitore  altro (specificare)..... del minore..... nato/a..... il..... codice fiscale..... -

che non sussistono ragioni, in fatto o in diritto, impeditive del compimento da parte mia, anche disgiuntamente dall'altro genitore, degli atti di ordinaria amministrazione nell'interesse di mio/a figlio/a, in conformità al disposto dell'art. 320 c.c..

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allegano:

copia di un documento d'identità valido del dichiarante

copia di un documento d'identità valido del minore

Il presente modulo, in originale, viene allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa.